

**PAPRSB INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES**

**UNIVERSITI BRUNEI DARUSSALAM**

**Borang Persetujuan**

**Tajuk Projek:**

|  |
| --- |
| **Name Penyelidik & Organisasi:** |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Penyelidik Utama)  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Maklumat Perhubungan Mengenai Penyelidik Utama:** |
| Name, Alamat Pejabat, Telefon Pejabat dan Alamat Emel |

Saya dengan ini mengesahkan bahawa:

|  |  | Ya | Tidak |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Tandatangan yang saya turunkan bererti bahawa saya dengan ini bersetuju untuk menyertai kajian ini yang bertajuk “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”. |  |  |
|  | Saya telahpun membaca atau sudahpun dijelaskan dan memahami keterangan dan prosedur kajian yang tertulis didalam lembaran maklumat yang diberikan kepada saya. |  |  |
|  | Saya bersetuju bahawa temuramah/wawancara berkumpulan/ pemerhatian yang dilakukan semasa kajian ini akan dirakam. (*sila tambah jikalau sesuai*). |  |  |
|  | Saya boleh menarik diri daripada kajian ini pada bila-bila masa sebelum analisa data dilaksanakan. Saya mempunyai pilihan sama ada untuk menyatakan alasan saya bagi menarik diri daripada kajian ini ataupun tidak kepada Penyelidik Utama. Dengan menarik diri daripada kajian ini, ianya tidak akan menjejaskan saya dalam apa jua cara sekalipun. ***OR***  Saya sedar bahawa maklumat saya tidak boleh ditarik balik atau dikecualikan daripada data kerana ini diambil secara anonim. (*Ayat ini mungkin diperlukan jika data dikumpulkan secara anonim. Sila menyunting dengan sewajar.*) |  |  |
|  | Saya bersetuju bahawa semua maklumat yang say berikan hanya akan digunakan untuk tujuan kajian ini. |  |  |
|  | Saya bersetuju bahawa manuskrip dan penerbitan boleh terhasil daripada kajian ini dimana identiti saya akan tetap dirahsiakan. |  |  |
|  | Saya telahpun membaca atau diberikan penjelasan serta memahami semua maklumat dan keterangan di dalam borag persetujuan ini dan semuar soalan telahpun di jawab dengan sewajarnya. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nama dan Tandatangan (Peserta)\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tarikh |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nama dan Tandatangan (Penyelidik) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tarikh |

\* Borang persetujuan ini hendaklah ditandatangani dalam dua salinan. Satu salinan adalah untuk penyelidik dan satu pula adalah untuk peserta kajian ini.